UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1946-1947 — N° 46

ÉTUDE STATISTIQUE
DES COMPLICATIONS DE LA FIÈVRE TYPHOIDE
A LA CLINIQUE DES MALADIES INFECTIEUSES DE BORDEAUX
(1938-1945)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le mercredi 19 Mars 1947

PAR

Jean PERRIER
Né à Paris le 17 Juin 1922

Examinateurs de la Thèse

- MM. DAMADE, professeur, *Président*
- CREYX, professeur
- DE GRAILLY, professeur
- TRAISSAC, agrégé

Juges

BORDEAUX
IMPRIMERIE J. PECHADE
20, rue Margaux, 20

1947

PERRIER (Jean)

Etude statistique des complications de la fièvre typhoïde à la Clinique des maladies infectieuses de Bordeaux (1938-1945). — Bordeaux, impr. J. Pechade, 1947. In-8° 75 p.

(*Thèse Médec. Bordeaux. 1946-1947. N° 46.*)

PERRIER (Jean)

Etude statistique des complications de la fièvre typhoïde à la Clinique des maladies infectieuses de Bordeaux (1938-1945). — Bordeaux, impr. J. Pechade, 1947. In-8° 75 p.

(*Thèse Médec. Bordeaux. 1946-1947. N° 46.*)

PERRIER (Jean)

Etude statistique des complications de la fièvre typhoïde à la Clinique des maladies infectieuses de Bordeaux (1938-1945). — Bordeaux, impr. J. Pechade, 1947. In-8° 75 p.

(*Thèse Médec. Bordeaux. 1946-1947. N° 46.*)

PERRIER (Jean)

Etude statistique des complications de la fièvre typhoïde à la Clinique des maladies infectieuses de Bordeaux (1938-1945). — Bordeaux, impr. J. Pechade, 1947. In-8° 75 p.

(*Thèse Médec. Bordeaux. 1946-1947. N° 46.*)

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1946-1947 — N° 46

ÉTUDE STATISTIQUE
DES COMPLICATIONS DE LA FIÈVRE TYPHOIDE
A LA CLINIQUE DES MALADIES INFECTIEUSES DE BORDEAUX
(1938-1945)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le mercredi 19 Mars 1947

PAR

Jean PERRIER
Né à Paris le 17 Juin 1922

Examinateurs de la Thèse : MM. DAMADE, professeur, *Président* ; CREYX, professeur ; DE GRAILLY, professeur ; TRAISSAC, agrégé — *Juges*

BORDEAUX
IMPRIMERIE J. PECHADE
20, rue Margaux, 20

1947

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. DUPÉRIÉ

ASSESSEUR : M. LABAT

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DENIGÈS, DUPOUY, A. MANDOUL, PETGES, GUYOT, ANDERODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET. PERY,

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	DUPÉRIÉ.
id.	CREYX.
Clinique chirurgicale et Gynécologique	CHARRIER
Clinique chirurgicale	PAPIN.
Clinique d'Accouchements	RIVIÈRE.
Anatomie pathologique et microscopie clinique	DE GRAILLY.
Anatomie	VILLEMIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.
Hygiène	PIÉCHAUD.
Médecine légale et déontologie	DERVILLEE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale	N.
Chimie	CHELLE.
Botanique et matière médicale	GOLSE.
Pharmacie	VITTE.
Physiologie	FABRE.
Clin. méd. des mal. des enfants	FONTAN.

	MM.
Zoologie et parasitologie	SIGALAS.
Médecine expérimentale	AUBERTIN
Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX.
Clinique chirurg. infantile et orthopedie	LOUBAT.
Clinique des maladies infectieuses	DAMADE.
Chimie biologique et médicale	MACHEBŒUF.
Physique médicale et pharmaceutique	N.
Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques	BONNIN.
Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	JOULIA.
Clinique des maladies des voies urinaires	DARGET.
Clinique des malad. nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN
Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	N.
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ.

PERRENS (Maladies mentales). FAUGÈRE (Obstétrique)

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.
Anatomie	DUFOUR.
Physiologie	N.
Médecine Générale	N.
id.	N.
id.	N.
id	BROUSTET.
id.	N...
id.	SARIC.
id.	DUBARRY.
id.	F.-J. TRAISSAC
Chirurgie Générale	N...
id.	MASSÉ.
id.	N...

	MM.
Chirurgie générale	MAGENDIE.
id.	POUYANNÉ.
id.	LAUMONIER
Obstétrique	N.
id.	MAHON.
Ophtalmologie	BESSIERES
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT.
Physique médicale	N...
Chimie Générale pharmaceutique et toxicologie	CASTAGNOU.
Histoire naturelle pharmaceutique	GIRARD.
Pharmacie	MESNARD.
id.	N.
Histoire natur. médicale et parasitologie	N.
Histologie	BROUSSY

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	MASSÉ.
Accouchements	MAHON
Puériculture	FAUGÈRE.
Zoologie et parasitologie	N...
Urologie	N...
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.
Ophtalmologie	N...
Anatomie	J. BEAUVIEUX
Chimie minérale	CASTAGNOU.

	MM.
Botanique	GIRARD.
Cryptogamie	GIRARD.
Pharmacie galenique	MESNARD.
Bactériologie	MOUREAU
Physiologie	Mlle ROUGIER
Chimie biologique	TAYEAU.
Parasithologie et biologie appliqué	PAUTRIZEL.
Pathologie chirurgicale	N.
	N.
Electroradiologie	CAILLON.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MA GRAND'MERE

A MES PARENTS

dont la tendresse et la bonté n'ont reculé devant aucun sacrifice.
Bien faible témoignage d'amour filial et d'infinie reconnaissance.

A MA FEMME ET A SA FAMILLE

A MON FRERE

A MA SŒUR

A TOUS MES PARENTS

A MES CAMARADES DE DEPORTATION

A TOUS MES CAMARADES

A Monsieur le Docteur LAVIGNOLLE

Chef de Clinique a la Clinique

des Maladies Infectieuses de Bordeaux

qui a bien voulu nous guider de ses conseils lors de notre séjour et de nos recherches à la Clinique des maladies infectieuses.

Qu'il trouve ici l'expression de notre plus profonde sympathie.

A MES MAITRES DES HOPITAUX
ET DES FACULTES DE MEDECINE
DE TOULOUSE ET DE BORDEAUX

qui nous ont toujours montré une bienveillante sympathie,, en témoignage de nos sentiments respectueux et dévoués.

A MES JUGES

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur DAMADE

Professeur de clinique des maladies infectieuses

Médecin des hopitaux

Médaille d'argent des épidémies

Chevalier de la Légion d'honneur

Croix de guerre

Officier d'Académie

qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et a bien voulu nous faire le grand honneur de la présider.

Puisse ce modeste travail être pour vous, mon cher Maître, un hommage de reconnaissance et de respectueuse gratitude pour tout ce que nous vous devons.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536523_0039

ETUDE STATISTIQUE
DES COMPLICATIONS DE LA FIÈVRE TYPHOIDE
A LA CLINIQUE DES MALADIES INFECTUEUSES DE BORDEAUX
(1938-1945)

INTRODUCTION

Pendant ces dernières années, de nombreux cas de fièvre typhoïde ont été observés dans le service de notre Maître, M. le professeur Damade, à la Clinique des maladies infectieuses de Bordeaux.

Une étude statistique et clinique de l'étiologie et de la symptomatologie ayant déjà fait l'objet de la thèse du docteur Fialon, nous avons entrepris de mettre l'accent sur les complications si variées de cette maladie.

Disons tout de suite que les chiffres trouvés dans nos statistiques diffèrent sensiblement des pourcentages indiqués par les auteurs classiques. Ils ne peuvent être considérés comme moyennes générales pour les raisons que nous allons énumérer, mais représentent seulement l'aspect particulier de l'endémo-épidémie de Bordeaux.

En effet, sur les huit années que comporte notre étude, six, au moins, peuvent être considérées comme anormales par rapport aux conditions habituelles. De septembre 1939

à 1945 sont apparus, du fait de la guerre, de nouveaux facteurs : sous-alimentation, mauvaises conditions hygiéniques, mouvements de population, favorisant la morbidité générale et l'éclosion d'épidémies.

Notre travail porte sur 530 observations, chiffre satisfaisant pour établir le pourcentage d'une complication fréquente telle que l'hémorragie intestinale, mais tout à fait insuffisant lorsqu'il s'agit d'un accident rare dont nous n'avons rencontré qu'un ou deux cas.

Enfin, les malades hospitalisés sont le plus souvent atteints de formes graves ou compliquées, beaucoup de gens préférant se soigner à domicile tant que la maladie évolue favorablement.

Nous trouverons donc, en général, plus de formes sévères ou compliquées que dans une statistique qui engloberait tous les cas de fièvre typhoïde de Bordeaux ou de la région bordelaise.

Ces quelques considérations préliminaires permettent d'expliquer l'aspect particulier de certaines complications que nous étudierons plus loin en détail.

Notre travail a consisté à rechercher, parmi les 530 observations de fièvre typhoïde mises à notre disposition, toutes celles qui comportaient une ou plusieurs complications. Nous avons ainsi réuni 302 documents que nous avons rangés par ordre chronologique. Puis, nous avons groupé ces complications en différents chapîtres, selon l'appareil ou l'organe lésé. Ainsi avons-nous, par exemple, placé en tête les complications digestives, et distingué parmi celles-ci l'hémorragie intestinale, la perforation et la parotidite.

Dans un premier chapitre, nous avons dressé un tableau d'ensemble, année par année, de chacun des groupes de complications.

Les chapitres suivants sont consacrés à l'étude détaillée de chacun de ces syndromes. Nous terminerons en citant

quelques accidents rares ou atypiques observés dans le service des maladies infectieuses.

Nous en tirerons des conclusions qui, peut-être, n'apporteront aucune contribution nouvelle à l'étude de la fièvre typhoïde en général, mais qui pourront donner une idée des caractères spéciaux de l'endémo-épidémie de Bordeaux pendant ces années de guerre.

Toute notre reconnaissance va à notre Maître, M. le professeur Damade, qui nous a initié à l'étude des maladies infectieuses, nous a confié ce travail et permis de le mener à bien, en nous donnant les documents et les conseils nécessaires.

CHAPITRE I

TABLEAU D'ENSEMBLE

Nous avons inséré dans le schéma ci-contre le détail annuel de chacune des principales complications. L'angine de Duguet, que la plupart considèrent comme un symptôme, n'y est pas figurée.

Par contre, nous avons englobé dans le chapitre des complications rénales l'albuminurie, lorsque le taux de celle-ci dépasse dix centigrammes par litre.

Les chiffres de morbidité et de mortalité annuelles sont indiqués en tête, comme points de repère. A noter que les typhiques font en général plusieurs complications, et qu'il est souvent difficile d'attribuer la cause d'un décès à l'une plutôt qu'à une autre. Nous indiquerons cependant pour chacune un coefficient de mortalité approximatif. Ce tableau montre encore que 228 malades sur 530, soit 43 %, n'ont présenté aucune complication, mais que les 302 autres, soit 57 %, se sont partagés les 602 accidents étudiés, soit deux en moyenne par malade. Les formes mono-compliquées sont donc les plus rares.

Ce tableau indique enfin la fréquence relative de chacune des principales complications.

Années	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	Total	Taux
Morbidité	23	63	24	19	63	157	107	74	530	
Mortalité (1)	3	13	4	1	10	21	19	10	81	15,2
Complications	15	38	17	12	41	83	55	41	302	57
Hémorragie intestinale	4	12	2	4	12	13	6	7	60	11,3
Perforation						2	3		5	1
Parotidite		2			1	1	1		5	1
Myocardite	8	24	5	5	31	49	35	27	184	34,7
Phlébite	1	1	1		2	9	4	3	21	3,96
Encéphalite	7	10	1	3	12	21	14	10	78	14,7
Syndrome malin		1		1	1	5	3	1	12	2,2
Complications respiratoires	1	3	1	2	12	21	14	5	61	11,5
Complications hépato-biliaires	2	5		2	8	9	5	2	33	6,2
Complications rénales	3	3	1	6	10	37	3	15	79	15
Complications génitales			1		1	3	5	5	15	3
Complications ostéo-articulaires		2					1	3	6	1
Complications cutanées	2	2			10	4	9	9	36	6,8
Complications diverses	1	2	1			1		2	7	
Total par année	29	67	13	23	100	175	103	89	602	

(1) Le taux de mortalité de 15,2 % correspond à 81 cas de décès sur les 530 observations mises à notre disposition. En réalité, certains documents n'ayant pas été établis ou ayant disparu du fait de la guerre, il y eut exactement 82 décès sur 572 malades atteints de fièvre typhoïde, soit une proportion de 14,34 %.

CHAPITRE II

COMPLICATIONS DIGESTIVES
HÉMORRAGIE INTESTINALE

Années	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	Total
Morbidité	23	63	24	19	63	157	107	74	530
Hémorragie	4	12	2	4	12	13	6	7	60
Fréquence %	17,4	19	8,3	21	19	8,3	5,6	9,4	11.3

Hémorragies liées à un syndrome hémorragique : 6, soit 10 % ;

Hémorragies mortelles (par leur abondance ou par leurs répétitions) : 23, soit 38 %.

(Homolle, dans une statistique analogue, trouve une mortalité globale de 44,3 %.)

Nous avons observé des hémorragies intestinales dans deux circonstances différentes. Ou bien elles coexistaient avec d'autres hémorragies pouvant se produire indistinctement dans tous les organes, elles étaient alors liées à l'état général, et la fièvre typhoïde revêtait une forme hémorragique; ou bien elles résultaient de la congestion locale de l'intestin ou du processus ulcéreux qui se poursuivait à ce niveau. Ce sont ces derniers cas que nous avons le plus souvent rencontrés.

Sur 60 observations, nous n'avons recueilli que six cas d'hémorragies liées à un syndrome hémorragique général ; celui-ci était caractérisé par des épistaxis sérieux, des hématomes sous-cutanés, des pétéchies, des hémorragies gingivales, par le signe du lacet ou l'allongement des temps de saignement et de coagulation.

Nombre d'hémorragies ne méritent guère le titre de complication. En effet, seul l'examen attentif des selles permet de découvrir, pendant la période d'état, un melœna passager n'entraînant aucune manifestation clinique.

Par contre, nous avons observé des hémorragies abondantes, voire foudroyantes, de la période de défervescence.

Le traitement, mis en œuvre à la Clinique des maladies infectieuses, va depuis l'administration d'Anthéma, d'Hémocoagulène, de Chloro-Calcium et d'Ergotine dans les cas bénins à la transfusion du sang par voie intraveineuse ou intrasternale dans les formes sévères. C'est également par cette dernière voie que sont pratiquées les injections de mœlle sternale de convalescent dans les cas d'hémorragies liées à un trouble de la crase sanguine.

Voici deux observations d'hémorragies traitées par médullo-transfusion de mœlle sternale de convalescent.

OBSERVATION I

B... Marie-Louise, 41 ans.

Cette personne est entrée dans le service le 7 octobre 1943 pour une typhoïde grave avec tachycardie et prostration.

Le 12 octobre, en pleine période d'état, alors que la température oscille autour de 40°, on constate de petites suffusions sanguines, de véritables pétéchies, au niveau de piqûres de moustiques.

Le 15 octobre, la malade a des selles noirâtres. On remarque également des hématômes sous-cutanés au niveau des points d'injections qui lui sont faites quotidiennement.

Le 16 octobre, devant ce syndrome hémorragique évident on pratique une médullo-transfusion de 1 centimètre cube environ.

Le 27 octobre, l'état général s'étant très amélioré, et aucun nouvel accident n'étant venu troubler l'évolution, la convalescente est renvoyée chez elle.

OBSERVATION II

D... Emmanuel, 27 ans.

Ce malade est entré le 23 mai 1941 pour une fièvre typhoïde sévère au début de laquelle de nombreux épistaxis sont apparus.

Le 28 mai, un tamponnement nasal est nécessaire pour arrêter une nouvelle hémorragie. Les temps de saignement et de coagulation sont légèrement augmentés. Le signe du lacet est positif. On fait une injection d'Hémocoagulène.

Le 29 mai apparaissent des hémorragies gingivales. Le malade est très abattu. L'épitaxis persiste. On injecte à nouveau de l'Hémocoagulène.

Le 2 juin, devant la persistance de la prostration et des hémorragies on pratique une médullo-transfusion de 1 cc.

Le 3 juin le malade va beaucoup mieux. Il est moins prostré. Seules de légères hémorragies gingivales sont constatées.

Le 8 juin les hémorragies ont cessé. Le malade quitte le service.

Il nous semble superflu d'insister sur l'efficacité de la médullo-transfusion dans ces cas d'hémorragies intestinales liées à un trouble de la crase sanguine.

CHAPITRE III

PERFORATION INTESTINALE

La redoutable perforation, grevée d'une mortalité de 100 % au cours de notre enquête, n'a été rencontrée que cinq fois, soit dans une proportion de 0,94 %. Ce chiffre est nettement inférieur aux 2 à 3 % indiqués par les classiques, et il nous a paru intéressant d'en rechercher la cause. Elle nous semble dûe au fait que les malades sont nourris précocement, à l'aide d'aliments nutritifs et de digestion facile, tels que les bouillies maltées, et de boissons abondantes et sucrées. Trousseau pensait que l'alimentation des malades diminuait la fréquence de la perforation par son action entrephique directe sur la nutrition de l'intestin.

Nous n'insisterons pas sur les signes cliniques tantôt évidents, tantôt, au contraire, latents, qui ont commandé chaque fois l'intervention d'urgence.

Les modifications de l'hémogramme ont été insignifiantes, au moins au début de la perforation, alors qu'elles sont indiquées comme signes de diagnostic dans de nombreux classiques.

Sur les cinq malades opérés, il y en eut un que l'on put croire sauvé, mais une nouvelle perforation eut lieu seize jours après, à laquelle il succomba.

Nous résumons ici son observation ainsi que celle d'un cas unique de péritonite par propagation.

OBSERVATION III

J... Armand, 39 ans, est atteint d'une dothiénentérie d'intensité moyenne, remontant au 22 octobre 1944.

Le 1er novembre le malade est constipé. On ne constate pas de ballonnement, l'abdomen est tendu modérément, on ne note ni douleurs, ni gargouillements dans la fosse iliaque droite, ni de météorisme.

Le 8 novembre, au cours de la nuit, apparaissent de violentes douleurs, à type d'arrachement, sans localisation, sans vomissements. Le ventre est tendu avec une défense nette. Le faciès est pâle, la dyspnée apparaît avec pincement des ailes du nez. Il n'y a pas d'hypothermie. Le pouls s'accélère jusqu'à 100, mais reste bien frappé. On note deux crises successives suivies d'amélioration.

A midi la contracture de la fosse iliaque droite est très marquée. Au toucher rectal, le cul-de-sac de Douglas bombe un peu, la douleur est très vive. L'examen radioscopique ne montre pas de croissant clair sous-diaphragmatique.

A 16 heures, on pratique une laparotomie qui fait découvrir une perforation à douze centimètres de l'angle iléo-coecal. Les suites opératoires sont bonnes.

Le 20 novembre apparaît une rechute avec diarrhée. Le ventre est souple et non douloureux.

Le 23 novembre, le malade est confus. Le ventre est douloureux, non ballonné.

Le 24, dans la nuit, des douleurs très vives se succèdent, répétées mais de courte durée. L'abdomen non ballonné est sans défense, mais très douloureux. Le pouls est à 110, la température à 38° 6.

La radioscopie décèle un pneumopéritoine. A l'intervention, on constate que la suture de la première perforation n'a pas

cédé. A dix centimètres en avant on note une seconde perforation de la taille d'une pièce de 50 centimes. Au cours de l'opération s'installe un collapsus périphérique complet. On ne peut que constater le décès.

OBSERVATION IV

L... Solange, âgée de 20 ans, est entrée le 10 octobre venant de l'isolement de la maternité où elle a subi, le 3 octobre, un curage pour avortement. Devant la persistance de la fièvre, on a pratiqué une hémoculture qui s'est révélée positive pour le bacille d'Eberth. La malade a des diarrhées abondantes et liquides.

L'abdomen est météorisé et sensible dans son ensemble. Le pouls est petit et rapide à 120.

Le 18 octobre, après une période où la température a décrit de grandes oscillations, l'état général s'améliore.

Le 19 octobre, la diarrhée, la fièvre reprennent, épuisant la malade.

Le 20 octobre, des selles hémorragiques sont constatées. L'état général s'aggrave.

Le 28 octobre au matin la malade est comateuse. Il n'y a pas de contracture abdominale vraie, peut-être une légère défense. La fosse iliaque droite est douloureuse. On note l'arrêt des matières depuis cette nuit, alors qu'il y avait eu 30 selles la veille et 40 l'avant-veille, des nausées mais pas de vomissements. Le pouls est incomptable, la température à 41°. L'exitus survient.

L'examen anatomique montre une péritonite purulente, sans perforation. L'examen histo-pathologique n'a pas décelé de perte de substance, mais des altérations inflammatoires de la muqueuse pénétrant jusque dans la musculeuse.

CHAPITRE IV

PAROTIDITE TYPHIQUE

La parotidite typhique, que l'on considérait comme rare, a été observée chez 5 de nos 530 malades, malgré les soins attentifs de la bouche et du rhino-pharynx qui leur ont été prodigués. Elle a entraîné la mort de 3 d'entre eux, soit une proportion de 60 %.

Nous avons relevé un cas unique de parotidite suppurée, le voici :

OBSERVATION V

A... Georgette, âgée de 50 ans, est admise le 14 mai 1942 pour typhoïde, accompagnée de diarrhée, d'asthénie, de somnolence. Elle est confirmée le 15 mai par une hémoculture positive pour un bacille d'Eberth.

Le 22 mai, au niveau de l'angle de la mâchoire, la malade accuse un point douloureux.

Le 26 mai, on note une reprise des douleurs et l'apparition progressive d'une tuméfaction parotidienne du volume d'un oeuf de poule.

Le 27 mai. La parotidite atteint le volume d'un poing, elle est douloureuse spontanément et à la pression. Sur la mu-

queuse jugale, l'orifice du canal de STENON apparaît tout à fait normal. En comprimant la glande on n'y voit sourdre aucun liquide.

Le 28 mai, la parotidite garde le même volume mais, à son niveau, la peau est rouge violacé, tendue et chaude. On perçoit une légère fluctuation, l'incision est alors envisagée.

Le 29 mai, entre l'apophyse mastoïde et la branche montante du maxillaire inférieur apparaît une fistule laissant écouler un pus épais. L'examen microscopique montre que celui-ci est formé de nombreux staphylocoques et de polynucléaires.

Le 30 mai, on élargit l'orifice à l'aide d'une pince de KOCHER. L'état général est assez touché. Une eschare coccygienne évolue en même temps.

Le 3 juin, l'écoulement de pus est très abondant par la fistule et aussi par le conduit auditif externe.

Le 9 juin, la collection parotidienne ayant tendance à fuser dans la gaine du sterno-cleïdo-matoïdien, la malade est transéatée dans le service de Monsieur le professeur PORTMANN.

Auparavant, Monsieur le professeur DAMADE fait pratiquer une compression énergique de la parotide qui permet d'évacuer une grande quantité de pus. On injecte alors du Solu-Septoplix par la fistule.

Dans le service d'oto-rhino-laryngologie, on pratique une incision large à la partie déclive de la tumeur. Il en sort un pus jaunâtre très abondant.

Le 17 juin, l'écoulement est tari, la malade revient dans le service. Son état général est amélioré.

Par la suite, elle fera de nombreux abcès et eschares et mourra le 19 juillet 1942.

CHAPITRE V

COMPLICATIONS CARDIAQUES

MYOCARDITE

Année	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	Total	Total %
Morbidité	23	63	24	19	63	157	107	74	530	
Myocardite bénigne	1	12	1	1	6	9	11	8	49	9,3
Myocardite grave.	7	12	4	4	25	40	24	19	135	25,5
Total	8	24	5	5	31	49	35	27	184	34,7
Fréquence %	35	39	21	26	49	31	32	36		

La myocardite est, avec la perforation, un des accidents les plus redoutables de la dothiénentérie. Elle est d'autant plus grave qu'elle peut être latente et se traduire exclusivement par des signes physiques sans aucun trouble fonctionnel: aussi est-il de règle, à la Clinique des maladies infectieuses de Pellegrin, d'examiner systématiquement, tous les jours, le cœur des typhiques et d'administrer des tonicardiaques à la moindre modification des bruits ou du rythme.

Nous avons compté 184 observations de myocardites. La proportion de 34,7 % est comparable aux 30 à 50 % indiquées par les auteurs classiques.

Nous avons distingué 25,5 % de formes graves, s'accompagnant de troubles fonctionnels, contre 9,3 % de formes bénignes où des signes d'auscultation sont seulement, mais nettement observés. Le plus souvent, au début, on ne constate que l'assourdissement du premier bruit, un souffle systolique, de la tachycardie, de l'embryocardie même. Mais lorsque la tension artérielle diminue, lorsque le pouls devient mou, dépressible, très rapide ou irrégulier, l'état du malade est alors singulièrement aggravé.

L'évolution de la myocardite est variable; si le diagnostic est fait assez tôt, le myocarde peut recouvrer sa tonicité sous l'influence des injections de caféïne, de spartéïne, d'huile camphrée, de syncortyl ou d'ouabaïne; sinon le malade ne tarde pas à succomber dans le collapsus.

La myocardite grève lourdement la mortalité de la dothiénentérie. Elle nous a paru être la cause de 21 décès dans notre étude, soit 15,5 % des formes graves.. Toutefois, la thérapeutique tonicardiaque obtient d'excellents résultats. Nous présentons un cas de myocardite sévère, avec collapsus, ayant bien réagi au traitement.

OBSERVATION VI

T... Paulette est âgée de 20 ans. Elle est entrée le 20 octobre 1943 pour une typhoïde sévère d'emblée, avec céphalée violente et insomnie.

Le 25 octobre, la malade est prostrée, somnolente. Elle présente un délire surtout nocturne. On décèle du météorisme, du tympanisme abdominal et une diarrhée profuse. L'auscultation du coeur laisse entendre un bruit de galop, les bruits sont assourdis, la tension artérielle est imprenable. Le pouls est à 140, la température à 38°5. On injecte un quart de milligramme d'ouabaïne intraveineuse par jour et une ampoule de Syncortyl.

Le 27 octobre, l'état général s'est amélioré, le bruit de galop a disparu. La tension maxima est de 12, la minima de 5, l'indice oscillométrique de 5.

Le 29 octobre, malgré un foyer pulmonaire, le pouls est à 120. L'état général reste amélioré.

Le 31 octobre, à nouveau le pouls monte à 130, le rythme embryocardique s'installe, c'est un véritable état de collapsus mais qui réagit bien à l'oubaïne et au Syncortyl.

Le 1er novembre, l'état général s'améliore, toutefois le bruit de galop est net. Un méloena abondant est constaté.

Le 2 novembre, l'auscultation du coeur est satisfaisante. Brusquement, le pouls monte à 140. La température baisse à 36° 4 et dans la soirée une hémorragie intestinale foudroyante amène l'exitus.

Nous citons maintenant un cas intéressant de myocardite avec angor chez un vieillard.

OBSERVATION VII

Madame E... Marie, 73 ans, est entrée le 24 novembre 1944 pour dothiénentérie ayant débuté par une « syncope », une température oscillant autour de 39°, sans autres signes majeurs.

Le 28 novembre, la température est à 38° 6, le pouls est régulier à 90, les artères paraissent scléreuses. Le faciès est bon. On ne note pas de tuphos. La tension artérielle maxima est de 15, la minima de 9. Il n'y a rien à signaler du côté du coeur.

Le 4 décembre, la malade présente subitement un état syncopal avec angoisse. Le pouls est rapide et petit. La tension systolique est abaissée à 10, la diastolique à 7. Le premier bruit du coeur s'entend mal. On injecte un quart de milligramme d'ouabaïne par voie intraveineuse.

Le 8 décembre, les bruits du coeur sont assourdis. La tension maxima remonte à 12 et la minima à 7.

Le 14 décembre, une nouvelle crise se produit à 8 heures avec syncope terminale.

Pour en terminer avec les complications cardiaques, voici un cas unique d'endocardite ayant évolué chez un jeune typhique.

OBSERVATION VIII

T... René, 16 ans, est admis le 11 octobre 1943 pour typhoïde très fébrile (41°) avec céphalée et diarrhée. A l'examen le 12 octobre on note:

Tension artérielle maxima: 13;

Tension artérielle minima: 5;

Indice oscillométrique: 3;

Pulsations à la minute: 78.

La pointe du coeur bat dans le quatrième espace intercostal sur la ligne mamelonnaire.

Au foyer apexien on entend un souffle présystolique net, se propageant vers l'aisselle.

Au foyer mésocardiaque on entend le même souffle avec dédoublement intermittent du deuxième bruit.

Au foyer pulmonaire on décèle un claquement du deuxième bruit.

Dans la position assise, le souffle présystolique est un peu moins net.

On note quelques extrasystoles.

Aucun antécédent rhumatismal ni pulmonaire n'est relevé par l'interrogatoire.

Le 15 octobre, l'état général reste bon, mais on note l'apparition d'une bradycardie (pouls au-dessous de 60) avec extrasystoles, Les bruits du coeur sont inchangés.

Le 21 octobre, l'amélioration est très nette. La température est redevenue normale, le pouls est à 70. Les bruits du coeur sont identiques mais légèrement assourdis. L'arythmie persiste mais la bradycardie a disparu.

Le 25 octobre, l'amélioration continue. Le coeur bat régulièrement, mais le rythme mitral persiste.

Le jeune malade quitte le service le 6 novembre.

CHAPITRE VI

PHLÉBITE TYPHIQUE

Dans le chapitre des complications vasculaires, nous plaçons au premier rang la phlébite, accident commun au décours de la fièvre typhoide. Nous l'avons relevée dans près de 4 %, avec une fréquence particulière lors de l'épidémie de 1943. Le pourcentage indiqué par les auteurs classiques semble assez différent suivant les épidémies (1 % Murchinson, 6 % Hutinel, 12 % Da Costa).

La phlébite est le plus souvent un accident de la convalescence. Elle se présente sous le type de la phlegmatia alba dolens, dont la guérison est habituelle; l'embolie pulmonaire survient très rarement au cours de cette complication. Cette phlegmatia est le plus souvent unilatérale, mais nous avons observé 3 cas de phlébite à bascule. Notons un cas de forme embolique.

OBSERVATION IX

Madame A..., âgée de 44 ans est entrée le 1e juillet 1942, pour une fièvre typhoïde assez sévère. Elle est un peu prostrée mais présente une céphalée importante; les bruits du coeur sont assourdis. La tension est de 12-6. Aucun trouble moteur ou sensitif n'est décelé à l'examen.

Le 4 juillet, l'état général s'améliore progressivement.

Le 10 juillet, on note l'apparition d'une phlébite du membre inférieur gauche.

Du 14 au 21 juillet une rechute est marquée par une reprise de la prostration, de la céphalée et de signes de myocardite.

Le 22 juillet, la température monte à 39° 8 sans phénomènes objectifs. La malade est toujours prostrée.

Le 23 juillet, de nouveau la température s'élève à 40. Le lendemain, on constate une déformation de la bouche et une déviation de la langue. La malade ne peut parler, demeure inerte, dans le coma.

A l'examen de la face, on constate une inertie totale des muscles pauciers, la disparition des plis frontaux du côté droit et une déviation de la bouche à gauche. Par moments, la malade semble fumer la pipe. On note également une déviation conjuguée de la tête et des yeux, l'abolition du réflexe de sensibilité cornéenne. Le réflexe à la lumière est conservé. Les membres sont hypotoniques. Les réflexes sont conservés, l'achiléen est affaibli, le signe de Babinski est net. On ne décèle pas de clonus. Etant donné le coma, on ne peut rechercher les modifications dans le domaine de la sensibilité.

Le 27 juillet, les réflexes réapparaissent au niveau de la cornée, la sensibilité est abolie du côté droit, la malade ne peut tirer la langue et présente des troubles de déglutition. Aux membres supérieurs on note:

A droite, de l'hypotonie, de la paralysie même: les réflexes sont vifs, la sensibilité est un peu affaiblie.

A gauche, une abolition de la sensibilité à la piqûre.

Au niveau du tronc, on constate une abolition complète des réflexes cutanés, abdominaux et de la sensibilité. Des troubles sphinctériens sont apparus.

L'examen des membres inférieurs révèle:

A droite: réflexe rotulien normal, réflexe achiléen faible. Le signe de Babinski existe, ainsi qu'une ébauche de mouvements de défense. La sensibilité est retardée.

A gauche: la sensibilité à la piqûre est abolie, pas de signe de Babinski.

Le 28 juillet, l'état de la malade est désespéré. On note de la narcolepsie, l'incontinence totale des sphincters et des eschares. Le pouls est incomptable, l'exitus se produit.

On n'a pas eu la possibilité de pratiquer une vérification anatomique.

Voici un cas intéressant de spasme de l'artère fémorale simulant une artérite au début d'une phlébite du membre inférieur.

OBSERVATION X

A... André, âgé de 38 ans est entré dans le service le 22 mars 1944 pour une typhoïde grave avec diarrhée cholériforme et asthénie importante. Cependant, au bout de 15 jours, l'état général est très amélioré. La fièvre a disparu.

Le 14 avril, on constate un petit clocher de température à 37° 8, le pouls étant à 110.

Le 22 avril, subitement, le malade éprouve une crampe douloureuse de la jambe gauche qui devient froide, violacée et plus volumineuse. On ne perçoit pas les battements de l'artère fémorale au niveau de l'arcade crurale gauche. Le malade est blême, couvert de sueurs froides. Le pouls est à 105, la température à 37° 5.

La tension artérielle à gauche est de 14-9, l'indice oscillométrique de 1,5.

A droite, la tension est de 15-9 et l'indice de 1,5.

Aux chevilles les battements sont peu appréciables. Une mensuration à 15 centimètres au-dessus du genou indique:

à gauche: 40 cm de circonférence;

à droite: 35 cm.

La sensibilité reste normale. On instaure un traitement par l'Acécholine: 0 gr. 20 par jour:

Le 23 avril, le membre est chaud, non cyannosé, les battements fémoraux sont réapparus, mais plus faibles qu'à droite. Il n'y a pas d'oedème notable, pas de différence de tension notable.

Le 29 avril, la mensuration donne les résultats suivants:

Jambe gauche, 39 cm.; jambe droite, 36 cm.

Les régions malléolaires sont empâtées. Pendant toute cette évolution le pouls est à 90-95, la température à 37°.

Le 3 mai, le membre inférieur gauche est oedématié, c'est un oedème blanc, dur, non douloureux; le choc rotulien est décelé, le pouls est à 95. L'hématologie montre une hyperleucocytose avec polynucléose, aussi prescrit-on des sulfamides.

Le 17 mai, l'état général est bon. La phlébite évolue normalement. La tension artérielle est de 15-5, l'indice oscillométrique de 5. Le malade sue abondamment.

Le 24 mai, l'oedème a disparu. Comme aucun signe fonctionnel n'est observé, on commence à mobiliser le membre.

Le 10 juin, le malade quitte le service, guéri.

CHAPITRE VII

L'ENCÉPHALITE TYPHIQUE

Années	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	Total	%
Morbidité	23	63	24	19	63	157	107	74	530	
Encéphalite à minima	6	10	1	3	10	16	12	9	67	12,7
Encéphalite grave.	1				2	5	2	1	11	2
Total	7	10	1	3	12	21	14	10	78	14,7

Au cours de huit années, nous avons rencontré 78 cas d'encéphalites. Les formes cliniques en ont été multiples, depuis le tuphos accusé, encéphalite à minima, jusqu'à l'encéphalite réelle. Nous avons enregistré 9 décès sur les 11 formes graves.

Notre Maître, M. le professeur Damade, dans la thèse de son chef de clinique, le docteur Lavignolle, en a étudié avec soin l'anatomie pathologique sur des cerveaux de malades morts d'encéphalite, et relevé l'atteinte constante des noyaux du diencéphale. Ceci justifie la pathogénie de la fièvre typhoïde selon la conception de Reilly et Tardieu; d'après celle-ci, toutes les lésions, tous les symptômes sont provoqués par l'action élective de l'endotoxine typhoïdique sur le système parasympathique. Le tuphos résulte, en particulier, de l'action des toxines sur le diencéphale, la confusion mentale, de l'action sur les centres

supérieurs. Il est intéressant de remarquer que ce sont justement les années où le tuphos a été le plus fréquent que l'on compte le plus grand nombre d'encéphalites.

Les symptômes encéphalitiques au cours de la dothiénentérie sont les plus variés et peuvent être considérés comme relevant de l'action de la toxine typhique sur les différentes régions de l'encéphale. Nous les classerons, comme dans la thèse plus haut citée, en huit syndromes.

En premier lieu, les manifestations hypertoniques, caractérisées par des phénomènes de contracture ou de rigidité.

Puis les manifestations catatoniques dues à l'atteinte toxique élective du mésocéphale.

Les symptômes bulbaires (dyspnée sine materia, tachycardie, hyperthermie, manifestations laryngées, surdité passagère).

L'atteinte des autres nerfs craniens.

Les manifestations cérébelleuses.

Les manifestations corticales (hémiplégie, aphasie, épilepsie).

Les manifestations psychopathiques.

Les manifestations méningées.

Les formes cliniques les plus variées peuvent s'observer par la réunion de ces divers symptômes. On peut, en pratique, les grouper en deux chefs :

a) l'encéphalotyphus où les signes d'encéphalite précèdent les premiers symptômes de dothiénentérie ;

b) la fièvre typhoïde, avec manifestations encéphalitiques, de beaucoup la plus fréquemment observée.

Sur le plan thérapeutique, nous sommes mal armés pour combattre ces redoutables accidents. La médullo-transfusion de mœlle sternale de convalescent, si active dans les fièvres typhoïdes hémorragiques, n'a aucune action dans l'encéphalite typhique. Par contre, les injections intraveineuses de sulfate de magnésie à 15 % semblent donner des résultats intéressants.

Rappelons maintenant la fréquence particulière de la forme mésocéphalique en 1942 et 1943, étudiée dans la thèse du docteur Lavignolle, et illustrée de sept observations que nous ne rapporterons pas ici.

Voici tout d'abord le cas d'un malade chez lequel l'association de troubles polynévritiques et de troubles psychiques permet de penser à un syndrome de Korsakoff, syndrome psycho-polynévritique :

OBSERVATION XI

L... Jean-Michel, 17 ans.

Après un épisode fébrile de trois mois, au cours duquel la température n'est jamais descendue spontanément au-dessous de 37° 5, on note du steppage quand le malade se lève pour la première fois.

Pendant qu'il gardait le lit aucun trouble sensitif, crampes ou fourmillements n'avait attiré l'attention sur les membres inférieurs. A son lever seulement, on s'aperçoit que la pointe du pied reste tombante et qu'il lève assez haut les genoux pour ne pas trébucher. Les troubles moteurs sont symétriques.

L'inspection met en évidence une amyotrophie marquée aux jambes, des troubles trophiques: sécheresse de la peau et des phanères, léger oedème périmalléolaire et une attitude vicieuse des pieds en varus équin.

La palpation permet de constater une hypotonicité des masses musculaires.

De plus, la flexion de la jambe sur la cuisse est lente et paraît gênée, il est impossible de relever le pied ni de le porter en dehors. Les muscles innervés par le sciatique poplité externe sont donc les seuls touchés.

On note une zone d'anesthésie limitée à la face dorsale du pied.

En résumé on se trouve en présence d'un syndrome polynévritique parcellaire post-typhoïdique, constitué par une pa-

ralysie flasque des sciatiques poplités externes avec prédominance des troubles moteurs.

En interrogeant le malade on se rend compte qu'il est assez difficile de lui faire donner des précisions sur les troubles qu'il présente et surtout sur ceux qu'il a présentés au cours de sa typhoïde. Il a un léger degré de confusion mentale alors qu'avant sa maladie il était tout à fait normal au point de vue intellectuel.

C'est un sujet très calme, un peu apathique, assez indifférent à ce qui se passe autour de lui. Si les troubles psychiques sont peu marqués chez lui, les troubles de la mémoire sont assez caractéristiques. Il se souvient des événements anciens mais ne fixe pas les faits récents. Ainsi, il peut dire la date de sa naissance, son âge, son lieu de domicile, mais il ne peut indiquer depuis quand il est malade, ni le traitement qu'il a subi, ni les visites qu'il a reçues.

C'est donc une amnésie partielle, portant exclusivement sur la fixation des souvenirs nouveaux. Elle est presque inconsciente en ce sens qu'elle n'inquiète nullement le sujet. On ne peut mettre en évidence de fausses reconnaissances, de fausses réminiscences, de la fabulation.

Il s'agit bien d'un syndrome psycho-polynévrétique de KORSAKOFF.

Voici un cas d'encéphalite caractérisé par de l'hypersomnie au cours d'une paratyphoïde B :

OBSERVATION XII

B... Pierre, âgé de 44 ans, entre le 17 juillet 1944 pour une paratyphoïde déclarée depuis 15 jours avec céphalée, léger mal de gorge et asthénie marquée.

Le 20 juillet, la température ne dépasse pas 38°, le pouls oscille autour de 100. Dans la soirée s'installe un état de torpeur avec quelques trémulations des muscles de la face; le

malade comprend cependant ce qu'on lui dit et répond par des signes.

Le 21 juillet, la température est à 37° 2, le pouls à 96 bien frappé. La respiration est stertoreuse. Le malade semble indifférent mais répond très bien aux questions posées

Il n'y a pas de rigidité au niveau des membres supérieurs. La nuque est souple. Il n'y a pas de paralysie oculaire.

Au niveau des membres inférieurs, les réflexes achiléens sont conservés, les rotuliens sont abolis. Il n'y a pas de signe de Babinski.

L'examen de la sensibilité ne révèle rien d'anormal: pas de myosis ni de catatonie. L'abdomen est toujours couvert de nombreuses taches rosées. La langue se nettoie. Les bruits du coeur sont normaux.

Une ponction lombaire indique au manomètre de Claude une tension de 18, mais ne révèle rien d'anormal à l'examen microscopique.

Le 22 juillet, le malade se sent mieux et plus conscient.

Le 24 juillet, le réflexe rotulien droit est revenu; à gauche il est encore discret. Le malade ne se souvient pas qu'on lui ait fait une ponction lombaire.

Le 9 août, le malade quitte le service. L'état général est excellent, il ne subsiste aucune trace des phénomènes plus haut mentionnés.

CHAPITRE VIII

LE SYNDROME MALIN

Au nombre des complications dont la fréquence semble avoir augmenté ces dernières années, nous devons compter le syndrome malin, redoutable accident grévé, dans nos statistiques, d'une mortalité de 83 %; nous l'avons rencontré 12 fois, soit dans une proportion de 2,2 %.

Il pose souvent de graves problèmes de diagnostic différentiel avec la perforation intestinale, autre complication aussi grave, mais pour laquelle un diagnostic opératoire doit être posé d'extrême urgence. Certains symptômes sont, en effet, communs : pâleur, prostration, tachycardie, insuffisance cardiaque aigüe avec gros foie douloureux.

L'action thérapeutique de l'ouabaïne et du syncortyl a paru à notre maître, le professeur Damade, un signe de grande valeur diagnostique pour différencier un syndrome d'insuffisance cardiaque primitive, d'une insuffisance cardiaque consécutive à une péritonite; dans ce dernier cas, l'ouabaïne est sans effet.

Voici un cas de syndrome malin d'apparition tardive évoluant au début de la convalescence.

OBSERVATION XIII

B... Jean, âgé de 16 ans, entre dans le service le 27 octobre après un épisode fébrile de 15 jours.

Le 11 novembre la température tombe.

Le 16 la température remonte sans tuphos.

A l'auscultation du coeur le premier bruit est prolongé assez sourd, mais il n'y a pas de galop.

La tension artérielle est de 10-5, l'indice oscillométrique de 2,5.

Le 25 novembre, un foyer pulmonaire, avec râles fins est décelé, accompagné de dyspnée.

Le 1er décembre apparaît un stade amphibole à grandes oscillations. L'état général reste bon. Il n'y a pas de tuphos. Les bruits du coeur sont bien frappés; l'état pulmonaire est amélioré, la dyspnée n'existe plus.

Le 6 décembre, l'état s'aggrave brusquement. Le matin on note une pâleur intense. La température monte, le pouls est filant. La pointe du coeur bat un peu en dehors du mamelon, on découvre un bruit de galop. Le foie est très augmenté de volume.

Des vomissements apparaissent, la tension est de 8-6 avec un indice de 1. On injecte du solucamphre puis de l'ouabaïne intraveineuse à 10 h. 30.

A midi le bruit de galop a disparu. Le coeur bat par intermittences, très lentement; le pouls est imperceptible; la tension est de 7-4.

Peu après se produit l'exitus.

Nous résumerons au chapitre suivant l'observation d'un cas de syndrome malin, compliqué de pleurésie, ayant évolué favorablement.

CHAPITRE IX

COMPLICATIONS RESPIRATOIRES

Années	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	Total	%
Morbidité	23	63	24	19	63	157	107	74	530	
Pleurésies		1			2	1	1		5	1
Bronchopneumonies et pneumonies	1	2			4	8	7	2	24	4,5
Congestions pulmonaires		2	1	2	6	12	6	3	32	6
Total	1	5	1	2	12	21	14	5	61	11,5

La bronchite initiale, qui est parfois le premier signe de la fièvre typhoïde, n'est pas comprise dans notre statistique.

Nous avons relevé 5 pleurésies, 24 pneumonies et bronchopneumonies, 32 congestions hypostatiques, une laryngite et une association avec une tuberculose pulmonaire ayant entraîné la mort du malade.

La pleurésie typhique n'est pas rare. Exceptionnellement, elle survient dès le début de la maladie. C'est le pleuro-typhus, que nous n'avons pas rencontré. D'ordinaire, elle se développe au moment de la défervescence ou pendant la convalescence; elle est dûe à l'infection éberthienne.

Elle s'est accompagnée chaque fois d'un épanchement séreux, sauf dans l'observation que nous citerons en fin de chapitre, où il était puriforme. L'existence presque constante de cellules endothéliales permet, à l'examen cytologique, de la distinguer de la pleurésie tuberculeuse.

La bronchopneumonie était jadis grevée d'un gros pourcentage de mortalité, le décès survenant soit par asphyxie, soit par suppuration ou gangrène pulmonaire. Grâce à l'administration massive des sulfamides et de la pénicilline, le pronostic est, à l'heure actuelle, très amélioré.

La pneumonie typhique est très rarement la pneumonie franche, lobaire, aigüe décrite par les auteurs classiques. Le foyer est rarement unique, aussi avons-nous préféré grouper dans un tableau unique les 6 cas douteux de pneumonie que nous avons rencontrés. Bronchopneumonie et pneumonie sont dûes, le plus souvent, à une association de germes typhiques au pneumocoque ou à des germes banaux.

Nous avons relevé un seul cas bénin de laryngite chez une malade qui a présenté en même temps de nombreux abcès sous-cutanés et de la pyodermite interdigitale.

Voici l'observation d'une typhoïde grave, au cours de laquelle évolue une pleurésie puriforme aseptique :

OBSERVATION XIV

M... Guy, âgé de 18 ans, est entré le 25 janvier 1944 pour une typhoïde avec température élevée, oscillant entre 39°5 et 40° 5; un pouls ralenti à 80, des douleurs abdominales, de la diarrhée et des épistaxis.

Le 2 février, une zone de matité est apparue dans la base gauche du poumon. Le murmure vésiculaire est diminué. Une ponction exploratrice permet de retirer un liquide fortement hémorragique qui, à l'analyse, paraît formé uniquement d'un transsudat séro-sanguin.

Aucun germe n'est mis en évidence ni à l'examen direct, ni en culture. Par contre il renferme:

Polynucléaires neutrophiles: 82%;

Lymphocytes : 18 %.

Quelques hématies.

A l'auscultation du coeur on décèle une asthénie des contractions. La tension artérielle maxima est de 12, la minima est de 5, l'indice oscillométrique de 3,5.

Le 3 février on note une simple submatité des bases, le murmure vésiculaire est diminué.

Le 8 février, la température monte encore et atteint 40°. Le malade se sent bien.

Le 14 février, l'état général est bien meilleur. La prostration a presque disparu, la température est à 37°, le pouls à 77.

Le 20 février, tout semblait rentrer dans l'ordre, lorsque viennent de se déclarer les signes d'un syndrôme cardio-péritonéal. Le malade se met à souffrir du ventre. Il a un vomissement alimentaire. La température est à 37°, le pouls à 88, bien frappé. Il n'y a pas d'arrêt des matières et des gaz. Le malade continue à souffrir la nuit par paroxysmes. Le faciès est fatigué, les yeux sont cernés.

Le 21 février, il y a un nouveau vomissement bilieux à 9 heures du matin. Le ventre est souple, légèrement douloureux à la décontraction. Le cul-de-sac de Douglas est assez sensible.

La tension artérielle est à 9-7, l'indice à 1. On entend un bruit de galop à l'auscultation du coeur.

Une demi-heure après l'injection de Syncortyl et de un quart de milligramme d'ouabaïne, la tension artérielle remonte à 11,5-7 et l'indice oscillométrique à 2.

Le 22 février, le malade a vomi depuis hier, à deux reprises, près d'un litre de liquide bilieux. Le faciès est plus tiré. Le ventre est rétracté, légèrement douloureux à la décompression. On continue la thérapeutique par des injecions de:

20 milligrammes de Syncortyl;

Un demi milligramme d'ouabaïne (en 2 fois);

10 centimètres cubes de sérum salé hypertonique;

1 litre de goutte à goutte de sérum glucosé (Murphy);

500 centimètres cubes de sérum isotonique sous-cutané;

500 centimètres cubes de sérum Binet intra-veineux.

Le 23 février, le malade a passé une bonne nuit. Le faciès est bien meilleur, les bruits du coeur mieux frappés. Le malade vomit encore un litre de liquide bilieux sans odeur. L'après-midi le bruit de galop réapparaît. On poursuit le traitement:

Un quart de milligramme d'ouabaïne;

10 milligrammes de Syncortyl;

500 centimètres cubes de sérum de Binet intra-veineux.

Le 24 février, le malade a passé une bonne nuit, malgré un vomissement assez peu abondant du reste. Le premier bruit du coeur est un peu prolongé. La tension artérielle s'est un peu pincée: 10,5-8,5, indice 1. Comme traitement on administre, le matin:

500 centimètres cubes de sérum physiologique sous-cutané;

1 litre de Murphy glucosé;

Un quart de milligramme d'ouabaïne intra-veineuse;

5 milligrammes de Syncortyl.

Le soir:

5 milligrammes de Syncortyl.

Le 25 février, les vomissements ont cessé. La douleur abdominale a disparu. Le faciès est meilleur, le malade a faim.

Le murmure vésiculaire reparaît à la base du poumon droit.

Les jours suivants, l'amélioration persiste, le malade entre en convalescence, mais on note encore une submatité de la base gauche. Il quitte le service.

CHAPITRE X

COMPLICATIONS HÉPATOBILIAIRES

Année	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	Total
Cholécyste	2	5	0	2	8	9	5	1	32
Abcès du foie								1	1

« L'altération du foie et des voies d'excrétion est un symptôme anatomiquement constant de la fièvre typhoïde » ont dit Widal, Lemierre et Abrami, mais des complications peuvent survenir. Nous avons rencontré 32 cas de cholécystites et 1 abcès du foie au cours de notre étude; soit une proportion de complications hépatobiliaires de 6,2 %. Ce pourcentage est nettement inférieur aux chiffres indiqués par les classiques.

Dans la moitié des cas, il s'agit simplement d'une douleur localisée au point vésiculaire, dans l'autre moitié, d'une véritable cholécystite aigüe. Cet accident apparaît le plus souvent à la période d'état, mais souvent aussi pendant la convalescence. Il se manifeste par une douleur locale spontanée et provoquée, sous-hépatique parfois irradiée, les symptômes généraux restant souvent frustes. Le pronostic en est bénin, sauf dans le cas de cholécystite

perforante, que nous n'avons pas observée. Le traitement par l'Uroformine semble particulièrement efficace.

L'abcès du foie n'est pas fréquent. Il apparaît au cours ou au déclin de la fièvre typhoïde. Il s'agissait, dans l'unique observation que nous avons recueillie, de petits abcès multiples développés à la surface de la glande. On ne put qu'en soupçonner l'existence, grâce aux frissons, à l'élévation thermique, à la douleur dans le flanc droit, à l'aggravation de l'état général et à l'augmentation de volume du foie. Ils furent vérifiés à l'examen anatomo-pathologique. A noter que le taux du chollestérol était de 0,98 au lieu de 1,80 par litre.

A propos du diagnostic des porteurs de germes, nous notons, dans le service, la méthode du tubage duodénal systématique, épreuve thérapeutique et diagnostique qui évite de véritables catastrophes épidémiques lorsqu'un sujet, non complètement guéri, sort de l'hôpital pouvant contaminer son entourage.

Dans nos observations, nous relevons un cas de cholécystite au décours de typhoïde avec biliculture positive pendant près de deux mois. Il semble que seule, l'autovaccination ait pu amener la stérilisation de l'écoulement bilieux.

Voici maintenant l'observation d'une forme mortelle d'hépatite ou d'hépato-néphrite au cours d'une dothiénentérie. La vérification anatomique n'a pu être pratiquée.

OBSERVATION XV

F... Maurice, âgé de 36 ans, est entré le 10 août 1943 avec un séro-diagnostic positif au 1/200 pour le bacille d'Eberth. Le malade présentait, depuis 12 jours, à la suite d'une légère fatigue, un ictère accompagné d'une température oscillante atteignant 40° 5 et descendant brusquement à 37°.

A l'examen, le 12 août, le malade semble très fatigué, nettement ictérique. Il est légèrement délirant et ne fournit que

des explications embrouillées. L'abdomen est un peu ballonné. Il existe une voussure de l'hypochondre droit et de l'hémithorax droit. On croit reconnaître une ou deux taches rosées dans la région péri-ombilicale.

La percussion met en évidence la matité hépatique remontant jusqu'à la cinquième côte et descendant à trois travers de doigt au-dessous des fausses côtes.

On constate une légère défense, sans contracture vraie, à la palpation de la partie supérieure de l'abdomen. Les bruits du coeur semblent un peu assourdis. On entend quelques râles à la base droite du poumon.

Le 14 août, après administration de 8 grammes de Thiazomide, la matité et la douleur de la partie haute de l'abdomen ont disparu. L'état général s'améliore, les urines sont émises avec abondance: 3 litres par jour .

Le 16 août, l'ictère a considérablement diminué. Il subsiste une masse abdominale descendant jusqu'à la moitié du flanc droit, facilement palpable mais non percutable.

L'albuminurie est de 1 centigramme et l'urée sanguine de 70 centigrammes.

Le 20 août le malade semble amélioré, la masse abdominale persiste, indolore.

On constate un oedème des membres inférieurs et surtout des pieds.

Le 23 août le pouls est dichrote mais la tension est normale. On injecte de l'ouabaïne à raison de un quart de milligramme par jour.

Le 24 août on décèle une collection séreuse à droite, et, la ponction permet de retirer un liquide citrin.

Le 26 août, légère régression de la masse abdominale à la palpation.

On entend, à l'auscultation du coeur, une ébauche de bruit de galop à la pointe, avec souffle systolique. On continue l'ouabaïne quotidienne. La température oscille fortement entre 36° 2 et 40° 2 dans la même journée. Le pouls est à 140.

Le 31 août, l'ébauche d'une circulation collatérale s'établit

dans la région de la fosse iliaque et du flanc droit. Le malade a présenté deux frissons. La tension reste bonne: maxima 13, minima 5, indice oscillométrique 7.

Le 1er septembre, la dyspnée avec polypnée à 40 nécessite un traitement par l'oxygène. On fait une transfusion sanguine de 100 centimètres cubes. Le coeur prend un rythme embryocardique. On continue les injections d'ouabaïne.

Le 3 septembre, on fait une nouvelle transfusion de 100 centimètres cubes.

Le 6 septembre la température atteint 41° 5. Le bruit de galop persiste. La tension artérielle maxima est de 16, la minima de 5.

Le 9 septembre, le membre inférieur droit est envahi d'un oedème volumineux, on l'immobilise.

Le 13 septembre, le malade est très fatigué. L'auscultation de la pointe du coeur laisse entendre un très gros souffle systolique. L'urée sanguine monte à 2 grammes 25.

Le malade est rendu à sa famille dans un état proche de l'exitus.

CHAPITRE XI

COMPLICATIONS RÉNALES

Années	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	Taux
Albuminurie	3	2	1	6	9	34	4	12	71
Azotémie		1				1		3	5
Œdèmes					1	2			3

La fréquence avec laquelle l'albuminurie s'observe chez les typhiques prouve la souffrance du rein. Cependant, cette albuminurie est généralement solitaire et la néphrite typhoïdique est rare.

C'est un peu artificiellement que nous avons mentionné seulement les albuminuries dépassant 10 centigrammes par litre. En réalité, presque tous les fébricitants ont, à un certain moment au moins, quelques traces d'albumine.

Est-ce là une véritable complication ? Nous ne le pensons pas. Si nous avons noté 71 cas d'albuminurie, nous n'avons compté que 5 néphrites azotémiques et 3 néphrites œdémateuses.

Certaines de ces néphrites sont primitives. Il existe des néphrites aigües primitives, hémorragiques ou non, dûes au bacille d'Eberth.

D'autres sont secondaires, survenant alors, soit comme première manifestation de la fièvre typhoïde, soit comme

une complication au cours de l'évolution d'une fièvre typhoïde avérée. Elles se manifestent par une albuminurie assez abondante, des hématomes, des douleurs lombaires et, beaucoup plus rarement, par des œdèmes et de l'azotémie. Qu'elles surviennent dans la période d'état, ou la convalescence, les néphrites ont une évolution favorable dans la grande majorité des cas.

L'albuminurie disparaît généralement de manière complète; le passage à la chronicité reste très exceptionnel.

Voici une intéressante observation de néphrite grave ayant complètement rétrocédé:

OBSERVATION XVI

L... André, âgé de 44 ans, a contracté une typhoïde en soignant sa femme et sa fille atteintes de cette même maladie.

A son entrée, le 27 décembre 1944, il paraît très abattu et délire souvent. La température est élevée à 39° 4, le pouls est à 100. La base du poumon droit est mate à la percussion et laisse entendre, à l'auscultation, un souffle tubaire aux deux temps ainsi que de nombreux râles crépitants.

Le 29 décembre, le tuphos est un peu moins marqué. Le souffle tubaire de la base persiste, ainsi que les râles fins. On note l'éruption de nombreuses taches rosées lenticulaires.

Le 3 janvier, les éléments maculeux ont disparu, la température a baissé de 39° 4 à 38°. Le malade urine difficilement: on prescrit de la Pilocarpine. Une analyse d'urines décèle la présence de 40 centigrammes d'albumine par litre.

Le 5 janvier, malgré la Pilocarpine, on est obligé de sonder le malade.

Le 13 janvier, le malade n'urine toujours pas spontanément. L'albumine urinaire est à 0 gr. 70, l'urée sanguine à 1 gr. 21. Les membres inférieurs sont oedémaciés. On commence un traitement par injections intraveineuses de Spasmoryl.

Le 24 janvier, l'urée sanguine a diminué (0 gr. 71 par litre), l'oedème a disparu.

Le 28 janvier se déclare une orchi-épididymite.

Le 11 février, à la suite d'un bain de siège chaud et après une injection de 100 milligrammes d'Acéto-Sterandryl, le malade urine spontanément.

Le 20 février, il ne subsiste que quelques signes de cystite qu'une cure de Sulfamides fait rétrocéder.

Le 20 février, le convalescent quitte la clinique dans un état satisfaisant.

CHAPITRE XII

COMPLICATIONS CYSTIQUES ET GÉNITALES

Nous avons relevé, au cours de cette endémo-épidémie, 4 cystites, 2 mastites, 2 orchi-épididymites, 7 avortements et 1 hydrocèle.

La cystite est assez rare, malgré la bacillurie et la souffrance du rein; elle revêt le plus souvent une allure bénigne et guérit spontanément.

Dans un cas de typhoïde compliquée d'un foyer pulmonaire et de mastite, l'administration orale de sulfamides fit rétrocéder en 10 jours les signes physiques et généraux de ces deux accidents.

Chez l'homme, l'orchite, accident de la convalescence, survient, le plus souvent, de manière brusque. Elle fut unilatérale chez nos malades et se termina par résolution sans laisser d'atrophie testiculaire.

La dothiénentérie n'est guère plus grave chez les femmes enceintes, mais l'avortement est presque constant, même dans les formes de faible intensité. Les organes du fœtus renferment, le plus souvent, le bacille typhique. Widal et Sicard ont montré que les agglutinines passaient généralement à travers le placenta jusqu'à l'embryon.

Dans notre statistique, sur douze cas de dothiénentérie, évoluant au cours de grossesse, nous avons relevé sept cas d'avortement, soit une proportion de 58 %. Chaque fois il s'est produit très rapidement et presque sans douleurs.

L'Ecole Bordelaise, avec les travaux de M. le professeur Rivière et de son élève Panchard dans une thèse sur le « rôle du parasympathique dans l'avortement », semble avoir confirmé, sur le plan obstétrical, les travaux de Reilly. L'irritation des splanchniques amène le décollement de l'œuf. La mort du fœtus et l'avortement sont donc les conséquences les plus fréquentes de l'imprégnation du parasympathique par les endotoxines typhiques. L'hyperthermie de certaines formes dépassant 40° peut, à elle seule, expliquer la mort du fœtus.

Voici les observations de 2 mastites, que nous avons mentionnés plus haut:

OBSERVATION XVII

G... Louise, âgée de 52 ans, entre le 22 février 1943 pour une typhoïde évoluant normalement.

Après la période de défervescence, le 2 mars, la température remonte à 39°. La malade accuse, au niveau du sein droit, des douleurs aigües, lancinantes, calmées par la chaleur. A la palpation on découvre une masse dure, douloureuse, profonde, bien circonscrite, mobilisable sur les plans profonds.

Le 6 mars, la température monte à 40°, la douleur du sein droit a presque complètement disparu, mais le sein gauche devient de plus en plus douloureux. La tuméfaction est plus importante qu'à droite. On prescrit des pansements chauds, l'amélioration est rapide.

OBSERVATION XVIII

C... Jeanne, âgée de 44 ans, est entrée pour une typhoïde assez sévère, ayant débuté vers le 5 juillet 1944.

Le 15 juillet, la malade accuse une très violente douleur sur la paroi thoracique droite, au niveau de la périphérie du sein. La température est à 40°. Le sein est tendu, la mobilisation en est douloureuse. On décèle un noyau inflammatoire mais pas de ganglions dans l'aisselle.

Etant donné la coexistence d'un foyer pulmonaire avec la mastite, on administre une dose quotidienne de 4 grammes de sulfamides.

Le 17 juillet, le sein est encore sensible.

Le 22 juillet, on note une régression des douleurs et une diminution de volume du noyau inflammatoire.

Le 27 juillet, le sein n'est plus douloureux quoique encore un peu volumineux. Les signes pulmonaires ont également disparu. La malade achève sa convalescence.

CHAPITRE XIII

COMPLICATIONS OSTÉO-ARTICULAIRES

Quatre ostéo-périostites, deux arthrites suppurées, telles sont les plus graves complications de l'appareil locomoteur que nous ayons rencontrées parmi la longue liste de nos observations. Nous n'avons pas fait mention d'une dizaine de manifestations arthralgiques, car rien ne permettait de mettre en cause l'origine Eberthienne de ces rhumatismes ,si ce n'était la coexistence de l'infection.

Trois cas d'ostéite ont été d'apparition tardive. L'une était localisée à la branche transversale droite du pubis; une autre était coccygienne, fistulisée, et l'on put y déceler la présence du bacille d'Eberth.

Voici maintenant l'observation d'un ostéo-typhus. L'ostéite ayant été l'un des premiers symptômes de la dothiénentérie:

OBSERVATION XIX

L... Elisia, 37 ans. La maladie semble avoir débuté vers le 1er décembre 1944 par une rhinite avec céphalée et otalgie. La température oscillait autour de 40°.

A la fin de la deuxième semaine son médecin a constaté l'apparition d'une ostéite costale droite.

Au cours de la troisème semaine sont apparus des panaris péri-unguéaux.

Au cours de la quatrième semaine on a constaté une ostéïte du plateau tibial interne.

Le 23 décembre, les ostéites sont manifestes, de plus la région matoïdienne est douloureuse spontanément et à la pression, mais un examen oto-rhino-laryngologique ne permet de déceler aucune lésion.

A son entrée dans le service, la malade présente de la température à 39° 4, un point de côté, de la diarrhée et une transpiration assez abondante.

Le 28 décembre, elle est toujours très fébrile, la température monte à 40° 6, le pouls est à 96. La tension artérielle maxima est de 11, la minima de 5.

La malade répond bien aux questions qui lui sont posées mais semble inquiète et nerveuse. On note de la trémulation en même temps qu'une raideur marquée, surtout au niveau des membres supérieurs mais pas au niveau de la nuque.

Les lèvres sont fuligineuses, la langue rôtie, les gencives saignent.

Le ventre est très ballonné, parsemé de taches rosées lenticulaires. Le foie dépasse le bord des fausses-côtes, la palpation des fosses iliaques est douloureuse. Les bruits du coeur sont rapides, avec tendance à l'embryocardie.

L'auscultation des poumons met en évidence des râles de bronchite dans les deux champs pulmonaires, mais surtout à la base droite.

On la traite en injectant, par voie intra-veineuse, du sulfate de magnésie et de l'ouabaïne.

Pendant les trois jours suivants, l'état général empire. Une dyspnée sine-matéria, de plus en plus forte s'installe. L'exitus se produit le 1er janvier 1945.

CHAPITRE XIV

COMPLICATIONS CUTANÉES

Les 36 cas de complications cutanées rencontrées au cours de notre étude se répartissent comme suit:

19 eschares,
13 abcès,
4 érythèmes.

De plus, nous avons 3 cas de panaris périunguéaux dont un est rapporté dans une précédente observation (voir observation n° 5).

L'accident cutané le plus fréquent, celui dont en clinique on doit surveiller l'apparition, est l'eschare, qui se produit au niveau du sacrum ou des ischions. Elle résulte à la fois de la nutrition défectueuse des tissus, de la compression et des infections secondaires. Elle se produit, en général, à la fin de la période d'état et ne comporte pas, par elle-même, un pronostic grave, mais elle peut ouvrir la porte aux infections secondaires et à la cachexie par suppuration. Dans quelques cas l'eschare est précoce, survenant dès la fin du premier septenaire, surtout quand les symptômes d'encéphalite sont accusés.

Egalement fréquentes sont les lésions d'infection cutanée : pyodermites, abcès isolés ou multiples, furoncles

dûs presque toujours à une infection secondaire, quelquefois au bacille d'Eberth lui-même.

Dans certains formes on observe des érythèmes. Nous avons rencontré des érythèmes morbilliformes assez fugaces du reste.

Voici le résumé de quelques-uns de ces accidents:

OBSERVATION XX

P... Michel, âgé de 15 ans, est entré le 27 juillet 1942, pour une typhoïde caractérisée par des céphalées, de la diarrhée, du tremblement, de légères hémorragies intestinales, une température en plateau autour de 39° 5, un pouls à 96 et une asthénie marquée.

Le 12 août apparaissent des zones purpuriques avec phlyctènes sur la face externe de la jambe gauche et la face interne de la jambe droite. Les malléoles sont couvertes d'un oedème discret.

Le 16 août, l'état général est un peu amélioré bien que le malade continue à délirer par moments. Le malade a maigri, sa langue est sèche et sale. Les troubles trophiques des jambes persistent. On note une hyperesthésie au toucher.

Du 1er au 4 septembre, apparaît un érysipèle fessier cédant rapidement aux sulfamides.

Après une très longue convalescence le malade part, guéri.

OBSERVATION XXI

(suite de l'observation 5)

A... Georgette, 50 ans. Après une typhoïde sévère, compliquée d'une parotidite suppurée et d'une phlébite que nous avons relatées plus haut, on constate, le 16 juin 1942, au niveau de la région antibrachiale droite, dans son tiers inférieur, la présence d'une petite tumeur de la grosseur d'une noix, fluc-

tuante et douloureuse. Les mouvements des doigts sont conservés.

On pratique une ponction exploratrice qui ramène un pus jaunâtre où l'examen microscopique décèle la présence de nombreux staphylocoques.

Le soir on incise la masse inflammatoire. Il y a section d'une collatérale de l'artère radiale qui est ligaturée.

Le 18 juin, on incise à nouveau la collection antibrachiale.

Le 19 juin, incision d'un abcès de la face antéro-externe de la cuisse gauche. Il s'en écoule un pus crèmeux avec fibrine. On évacue aussi un volumineux abcès de l'eschare fessière.

La malade est ensuite transéatée dans le service de Monsieur le Professeur MASSÉ pour arthrite suppurée.

Le 30 juin, elle présente un coude gauche volumineux infiltré, douloureux à la mobilisation, en demi-flexion.

Une infiltration oedémateuse importante, où le doigt laisse son empreinte en godet, gêne la palpation plus profonde.

Néanmoins le 1er juillet il semble qu'il existe, à la partie interne de la région articulaire, une masse difficile à délimiter, qui n'appartient pas à l'articulation mais occupe les masses musculaires.

Les mouvements sont possibles quoique limités et très douloureux.

Le lendemain, devant la possibilité de certains mouvements et une régression notable de l'oedème avec disparition de la masse signalée, le diagnostic d'arthrite est écarté. On place le bras dans une gouttière, enveloppé de pansements humides.

Deux jours après, le bras a repris sa mobilité normale malgré la persistance d'un oedème important. De plus, le 2 juillet, on évacue 50 centimètres cubes de pus d'un abcès deltoïdien, 50 centimètres cubes de pus d'un abcès au niveau de la fosse sous-épineuse droite et 30 centimètres cubes d'un abcès sous-épineux gauche.

Le 6 juillet, nouvelle évacuation de l'abcès deltoïdien.

Le 12 juillet, l'abcès scapulaire gauche se reforme, l'eschare coccygienne persiste et s'accroît.

L'exitus se produit le 19 juillet.

CHAPITRE XV

COMPLICATIONS DIVERSES

En dehors de nombreux cas d'hypoacousie, symptôme banal de la dothiénentérie, nous avons relevé 5 otites moyennes ayant rapidement rétrocédé.

Nous terminerons ce travail par l'exposé de trois observations dont l'une tire son intérêt du problème thérapeutique qu'elle pose : un médical-schock par hypochlorémie, et les autres de leur rareté : une colite aiguë et une dilatation aigüe de l'estomac.

OBSERVATION XXII

V... Marie, âgée de 30 ans, présente une typhoïde peu sévère qui évolue depuis 3 semaines sans complications.

Le 1er décembre 1938, après 7 jours d'apyrexie relative, s'amorce une rechute avec température à 40°, diarrhée, taches rosées, hémoculture de nouveau positive, des nausées, puis des vomissements. L'état général est mauvais, l'obnubilation augmente.

Le 9 décembre, un véritable état de collapsus s'installe avec un pouls à 140, une température oscillant entre 38° 5 et 40°. Les bruits du coeur sont assourdis, on ne perçoit pas de galop.

La tension artérielle est de 10-7. Les vomissements sont fréquents. Des injections d'ouabaïne intraveineuse n'amènent aucune amélioration.

Le dosage des chlores indique les résultats suivants:

Chlore globulaire: 1,36;

Chlore plasmatique: 3, 27;

Rapport chlore érythro-plasmatique: 0,41.

Devant cet abaissement marqué du chlore total on fait pratiquer des injections quotidiennes de sérum salé hyperthonique à 20%.

Du 10 au 14 décembre, sous l'influence de ce traitement, l'état général de la malade s'améliore rapidement. A partir du 15 décembre le pouls et la température s'abaissent. Tous les signes de collapsus ont disparu. La tension artérielle maxima est de 12. Malgré l'apparition d'une phlébite la malade guérit.

Il est inutile de souligner dans ce cas l'influence de la rarechloruration.

OBSERVATION XXIII

Madame G... L., âgée de 52 ans, est entrée à l'isolement le 22 février 1943 pour une typhoïde à hémoculture positive. L'évolution de la maladie est normale.

Le 10 mars, le pouls et la température sont normaux.

Le 16 mars, la diarrhée, qui cependant n'avait pas complètement cessé, augmente (6 à 10 selles par jour).

Le 20 mars apparaissent des vomissements. La malade maigrit à vue d'oeil. Dans le sang on trouve: 0 gr. 30 d'urée; 3 gr. 09 de chlore plasmatique et 1 gr. 9 de chlore globulaire.

Une coproculture est positive pour le bacille d'Eberth; une réaction des selles au sublimé est fortement positive, indice d'ulcérations intestinales en évolution. Le sérum physiologique en injections sous-cutanées, le sérum chloruré hypertonique intraveineux, le bismuth et les opiacés n'ont qu'une action éphémère.

On tente un traitement par vaccinothérapie, un quart de centimètre cube, puis un demi de T.A.B. ; on n'obtient pas d'amélioration, la diarrhée reste importante, l'alimentation est nulle; le bismuth, absorbé par la bouche est retrouvé intact dans les selles, quelques heures après son absorbtion.

Le 25 avril on note du purpura, l'état général devient de plus en plus précaire et la malade meurt le 10 mai dans un état de cachexie avancé.

L'examen anatomo-pathologique a permis de vérifier la présence de larges ulcérations coliques et une hypertrophie notable des ganglions mésentériques.

OBSERVATION XXIV

Dilatation aigüe de l'estomac au cours d'une typhoïde maligne.

D... Jeanine, 15 ans, entre dans le service de clinique des maladies infectieuses le 30 septembre 1945.

Le début de la maladie remonte au 19 septembre 1945. La malade s'est sentie très abattue, a eu des frissons et sa température est montée à 40° où elle est restée en plateau jusqu'à son entrée à l'hôpital. Elle a présenté un épitaxis et depuis le 25, elle se plaint d'une toux quinteuse sans expectoration ni dyspnée. Elle a 2 à 3 selles par jour fétides et très liquides.

A l'examen, le 30 septembre, la malade est fatiguée, très prostrée. La température est à 40°, le pouls à 114. Son faciès est pâle, ses lèvres décolorées, sa langue sèche. L'abdomen est très météorisé, tympanique. La fosse iliaque droite est sensible, avec gargouillements. Le foie n'est pas augmenté de volume. La région vésiculaire est douloureuse, la rate est percutable.

Les bruits du coeur sont bien frappés, sans souffles, le premier bruit semble pourtant un peu traînant. La tension est de 12-5, l'indice de 5.

Au point de vue pulmonaire, on constate à la percussion une matité de la base droite, et à l'auscultation une diminu-

tion du murmure vésiculaire à la base droite. On pratique une ponction exploratrice qui retire un liquide citrin contenant:

Cellules endothéliales: 36%;
Polynucléaires: 4%;
Lymphocytes: 60%.
(Rivalta positif).

Les urines sont diminuées, très colorées et contiennent 13 centigrammes d'albumine.

On note en outre une hémoculture positive pour le bacille d'Eberth, un hémogramme avec polynucléose à 80%.

Le 2 octobre, la malade délire dans la nuit. On fait des injections intraveineuses de vaccin et d'ouabaïne.

Le 3 octobre, on note des phénomènes encéphalitiques: tuphos accentué, carphologie. Le cœur a tendance à l'embryocardie. A 14 heures se produit un collapsus brutal avec pâleur, refroidissement des extrémités, vomissements noirâtres très abondants, en fusée et débacle diarrhéique. On pratique des injections d'ouabaïne, de Syncortyl, de solucamphre et de sérum physiologique. La température monte à 41° 1. Devant l'intensité des phénomènes encéphalitiques on injecte 20 centimètres cubes de sulfate de magnésie intraveineux.

On continue la vaccinothérapie.

Le 5 octobre, il y a aggravation du tuphos et des signes d'encéphalite. On pratique une transfusion intrasternale de 250 centimètres cubes de sang et de 200 centimètres cubes de sérum et une transfusion intraveineuse de 250 centimètres cubes de sang.

Le 6 octobre le ventre est très ballonné. On note au point de vue pulmonaire une matité de la base droite, avec foyer de râles fins.

Le 7 octobre. L'état général est grave. Le ventre est très ballonné, tympanique. Des vomissements noirâtres, incoercibles, en fusée se renouvellent.

On envisage la possibilité d'une perforation, mais la palpation révélant un clapotis gastrique, on pratique un examen ra-

dioscopique en position debout, qui montre un estomac très dilaté, occupant la majeure partie de l'abdomen. Les anses abdominales sont également dilatées. On pratique un lavage d'estomac à l'eau bicarbonatée et on retire environ 2 litres de liquide noirâtre. On injecte du sérum salé hypertonique, du sérum de Binet, de l'ouabaïne et du Syncortyl.

L'état général s'améliore, mais les phénomènes encéphalitiques sont toujours très intenses.

Le 9 octobre, la malade est délirante, le pouls rapide, dichrote.

Le ventre est moins ballonné.

Sous l'influence d'un traitement pénicillé, le foyer de la base droite a régressé. Le syndrome extra-pyramidal est en diminution, mais il apparaît un syndrome purpurique; des pétéchies au niveau de la paupière supérieure gauche, des hématomes au niveau des points de piqûre.

Examen de laboratoire:

Chlore globulaire: 1, 774;

Chlore plasmatique: 2, 704;

Rapport= 0,65.

Le 10 octobre le syndrome purpurique s'accentue. L'état général est grave, le ventre est ballonné. On pratique un tubage qui retire une petite quantité de liquide noirâtre. La famille emporte la malade qui meurt quelques heures plus tard.

Cette observation nous paraît soulever d'intéressants problèmes diagnostiques et pathogéniques. En effet, si les vomissements et l'hypotonie gastrique sont fréquemment observés, au décours de la fièvre typhoïde, la dilatation aigüe de l'estomac a rarement été signalée au cours de la dothiénentérie. Chez notre malade on pouvait penser, en présence du ballonnement, de la disparition de la matité hépatique, de la douleur dans la fosse iliaque droite, à une péritonite asthénique par perforation. Cependant, l'abondance des vomissements, inhabituels au cours de péritonite typhique, l'absence de douleurs dans le Douglas et à la décompression, ont fait pratiquer un examen ra-

diologique qui a confirme le diagnostic de dilatation aiguë de l'estomac.

Notre observation se rapproche de celle de Wilson où l'on croyait à une perforation intestinale chez une typhique qui faisait une dilatation aigüe que la sonde et le lavage ont guérie. Malheureusement, il n'en a pas été de même dans notre observation.

Au point de vue pathogénique, l'on peut se demander si les lésions nerveuses constatées par Reilly, Marquesy et M^lle^ Ladet, dans les syndromes malins des maladies infectieuses, ne sont pas à l'origine de ces accidents d'hypofonie gastrique. Ainsi les auteurs Lyonnais ont décrit les paralysies de l'œsophage et de l'estomac, au cours du syndrome malin, tardif, de la diphtérie. Dans ce cas, il s'agit plutôt d'une polynévrite des nerfs de la vie végétative. Dans notre cas, nous croyons plutôt qu'il faut rattacher le tableau clinique présenté par notre malade, aux manifestations d'encéphalite que traduisaient le tuphos intense et l'apparition d'un syndrome extra-pyramidal. L'on sait avec quelle prédilection la typhoïde frappe le diencéphale où sont situés les principaux centres neuro-végétatifs.

Nous pensons donc que la dilatation aigüe de l'estomac est en rapport avec le déséquilibre neuro-végétatif causé par l'imprégnation toxique du diencéphale. Les neurochirurgiens nous en donnent une preuve presque expérimentale. On sait avec quelle fréquence les opérations neuro-chirurgicales, portant sur le troisième ventricule, se compliquent de dilatation gastrique avec vomissements noirâtres en fusée, manifestations qui, pour être moins bruyantes que la grande dilatation aigüe de l'estomac, n'en sont pas moins d'un pronostic sévère. Dans notre cas, malheureusement, l'autopsie a été impossible. Nous ne pouvons donc préciser les lésions anatomiques correspondantes aux troubles présentés par notre malade.

CHAPITRE XVI

ASPECT PARTICULIER DE L'ENDÉMO-ÉPIDÉMIE DE BORDEAUX

De 1938 à 1946, l'endémo-épidémie de Bordeaux, dont nous avons enregistré seulement un aspect partiel à la Clinique des maladies infectieuses de Pellegrin, semble, d'après les travaux de Ducellier et de Fialon et d'après nos recherches, avoir revêtu certains caractères particuliers.

Nous notons d'abord 2 maxima de morbidité : l'un en 1939, l'autre, le plus élevé, en 1943, où nous avons compté 157 entrants.

La proportion de 66 % de femmes contre 34 % d'hommes met suffisamment en lumière le rôle préventif de la vaccination antityphoparatyphoïdique.

Le bacille d'Eberth fut le plus souvent mis en cause.
Bacille d'Eberth : 89 % ;
Paratyphique A : 1 % ;
Paratyphique B : 10 %.

La fréquence de l'encéphalite, des myocardites, du syndrome malin et des rechutes a considérablement augmenté au cours de l'épidémie de 1943-1944. Par contre, la pro-

portion de perforations intestinales n'atteint pas 1 % sur l'ensemble des huit années.

Un régime alimentaire particulier est donné aux typhiques soignés à la Clinique. Sauf en cas d'hémorragie intestinale, tous nos malades ont été alimentés dès le début par des bouillies maltées, des boissons sucrées, des jus de fruits pour obtenir un total journalier de 1500 à 1600 calories. Il apparaît que ce régime empêche l'inanition des typhoïdes de longue évolution, s'oppose à certaines complications telles que les myocardites tardives et les perforations intestinales, tout en diminuant le temps de la convalescence.

Du point de vue thérapeutique, notons qu'il n'y a pas de traitement spécifique de la typhoïde. Les malades sont traités par l'application d'une vessie de glace sur l'abdomen et par des lavements froids. Les médications ont été très discrètement données: uroformine à la dose de un gramme par jour.

On s'est attaché surtout à observer les moindres signes pouvant indiquer un changement d'évolution ou une complication. Les différents accidents signalés dans notre étude ont été traités par les diverses thérapeutiques relatées au cours de nos observations.

Soulignons la remarquable activité de la médullo-transfusion dans les formes hémorragiques; les injections de syncortyl et d'ouabaïne nous semble également les meilleurs agents thérapeutiques de la défaillance cardio-vasculaire; le sulfate de magnésie en injection intraveineuse a donné de bons résultats dans certains cas d'encéphalite; l'administration de sulfamides (nous n'avions pas encore la pénicilline) a stoppé l'évolution de nombreuses complications pulmonaires, d'eschares et d'abcès divers.

Nous avons souvent vu plusieurs complications évoluer en même temps chez nos malades, puisque sur 302 observations nous relevons un total de 602 accidents.

CHAPITRE XVII

CONCLUSIONS

1) De 1938 à 1946, à la Clinique des maladies infectieuses de Bordeaux, sur 530 malades atteints de fièvre typhoïde, 302 ont présenté diverses complications.

2) Les plus fréquentes ont été les myocardites, les encéphalites, les complications respiratoires et les hémorragies. L'encéphalite a été très souvent rencontrée au cours de l'épidémie de 1943.

3) La faible proportion de perforations intestinales observées dans le service (moins de 1 %) semble dûe au fait d'alimenter précocement les typhiques par des bouillies maltées et d'abondantes boissons sucrées.

4) La médullo-transfusion de mœlle sternale de convalescent semble d'une remarquable activité pour combattre l'hémorragie intestinale liée à un syndrome hémorragique.

5) La mortalité dans les complications pulmonaires a fortement rétrocédé par la thérapeutique sulfamidée.

6) La myocardite est efficacement combattue par les injections d'ouabaïne et de syncortyl.

7) Au cours de notre travail, nous avons inséré quelques observations d'accidents qui nous ont paru présenter un intérêt clinique, une thérapeutique particulière.

8) Le dépistage des porteurs de germes doit être fait par la recherche du bacille d'Eberth dans la bile des convalescents.

9) Le taux de mortalité générale de 14,34 % est faible en comparaison des 25 % et plus de certaines épidémies de guerre ou même des 18 à 20 % des hopitaux parisiens.

Le taux de mortalité générale par typhoïde, vérifié sur les documents du bureau des entrées de l'hôpital, a été de 13,66 % pour les hommes et de 14,68 % pour les femmes, ce qui est fort honorable en période de guerre.

Enfin les recherches effectuées à la Clinique, en particulier au cours de l'épidémie de 1943, sur les encéphalites, semblent confirmer la théorie pathogénique de Reilly selon laquelle tous les symptômes et tous les accidents observés au cours de la dothiénentérie seraient dûs à l'action spécifique de l'endotoxine typhoïdique.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes Condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes Confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu :
Le Doyen,
R. DUPÉRIÉ

VU, BON A IMPRIMER,
Le Président,
DAMADE

Bordeaux, le 11 Février 1947

VU ET PERMIS D'IMPRIMER,
Le Recteur
A. MARCHAUD

BIBLIOGRAPHIE

BALOUX. — Contribution à l'étude de l'épidémiologie de la fièvre typhoïde à Bordeaux. *Thèse de Bordeaux* 1931.

J. CARLES. — Typhoïde et Paratyphoïde, 1 *volume Baillère.*

CHALIER et FROMENT. — Existence de l'encéphalite typhique *Société de médecine Hôpitaux.* Paris 23 mai 1930.

DAMADE. — Cholécystite aigüe au décours de typhoïde. Bi liculture positive pendant plus de 2 mois. *Société de médecine, Bordeaux,* 17 mai 1941. *Journal de médecine de Bordeaux,* 30 mars 1941.

Les indications médicales de la transfusion sanguine, *Journal de Médecine de Bordeaux,* 21 décembre 1940.

Le choc médical. *Société de médecine et de chirurgie Bordeaux,* 18 mai 1945.

DAMADE et DULONG DE ROSNAY. — La voie intra-sternale. — *Le Sud médical,* 11 octobre 1945.

DAMADE et LAVIGNOLLE. — Encé phalite typhique et diencéphale. *Gazette des hôpitaux,* 1er février 1946.

DAMADE, LAVIGNOLLE, CASTAING et VINCENDEAU. — Manifestations encéphalitiques tardives fugaces au cours d'une paratyphoïde B. *Société Anatomo-clinique de Bordeaux,* 6 novembre 1944. *Journal de Médecine de Bordeaux,* août 1946.

DAMADE, LAVIGNOLLE, et DULONG de ROSNAY. — Dilatation aigüe de l'estomac au cours d'une typhoïde maligne. *Société Anatomo-clinique de Bordeaux,* 10 novembre 1945. *Journal de Médecine de Bordeaux,* novembre 1946.

DAMADE et LÉGER. — Syndrome de Korsakoff au décours d'une fièvre typhoïde. *Société anatomo-clinique de Bordeaux,* 14 février 1938.

DAMADE et MOULIÈS. — Sur un cas de typhoïde hémorragique. *Société anatomo-clinique de Bordeaux,* 10 novembre 1941. *Journal de Médecine de Bordeaux,* 15 mai 1942.

Sur un cas de néphrite hématurique hypertensive au cours d'une fièvre typhoïde. *Société anatomo-clinique de Bordeaux,* 15 décembre 1941. *Journal de Médecine de Bordeaux,* 30 mai 1942.

DAMADE et VINCENDEAU. — Sur un cas de phlébite typhique à forme pseudo-embolique. *Société anatomo-clinique de Bordeaux,* 22 juin 1943.

Sur un cas de colite typhique. *Société anatomo-clinique de Bordeaux,* 22 juin 1943. *Journal de Médecine de Bordeaux,* janvier 1944.

G. DUBREUIL. — Position de Bordeaux dans l'endémie en France. *Bulletin de la Société médico-chirurgicale Bordeaux,* 1936.

Endémie sur les régions côtières. *Bulletin de l'Académie de Médecine de Paris,* 9 août 1935.

DUCELLIER. — A propos de l'épidémie d'infection typhoïde ayant sévi à Bordeaux à la fin de l'année 1933. *Thèse Bordeaux* 1934.

FIALON. — La fièvre typhoïde à Bordeaux de 1938 à 1944. Considérations statistiques et cliniques. *Thèse Bordeaux* 1945.

LADET. — Syndrome malin dès maladies infectieuses. *Thèse Paris* 1937.

LAIGNEL-LAVASTINE. — Pathologie du sympathique. *Paris* 1924.

LAPLANE. — Les hémorragies de la fièvre typhoïde. Pathogénie. Rôle du système neuro-végétatif. *Thèse Paris* 1936.

LAPORTE. — Etiologie de la fièvre typhoïde et prophylaxie. *Thèse Bordeaux* 1931.

LAVIGNOLLE. — Essai sur l'atteinte du diencéphale au cours des encéphalites typhiques. *Thèse Bordeaux* 1944.

LEVIEUX. — Rapport d'ensemble sur une épidémie qui a sévi à Bordeaux du 1er décembre 1887 au 15 janvier 1888. *Gazette hebdomadaire des sociétés médicales de Bordeaux* 1888.

PIALLOUX. — Contribution à l'étude des néphrites précoces au cours de la fièvre typhoïde. *Thèse Bordeaux* 1945.

REILLY, RIVALLIES, COMPAGNON et DUBRUY. — Pathogénie de la dothiénentérie. *Annales de Médecine* 1933.

ROBIN de MORHÊRY. — Contribution à l'étude de la dilatation gastrique aigüe au cours de la fièvre typhoïde. *Thèse Bordeaux* 1946.

TARNALET. — Syndrome hémorragique au cours de la fièvre typhoïde. *Journal de Médecine de Bordeaux,* 25 novembre 1921.

TARDIEU. — Le coma — Etude clinique. — Recherches expérimentales et anatomiques. *Doin* 1942.